

【原著論文】

地域密着型サービスにおける 介護職のグリーフケアに関する実践課題

加藤 友野*

Problems in the implementation of grief care by care workers in community-based services

Tomono Katou

抄 録

〔目的〕本研究の目的は、地域密着型サービスにおけるグリーフケアの実際と介護職員の認識から、課題を明らかにし考察することである。〔方法〕地域密着型サービスである32か所の介護職員430名に自記式質問紙調査を実施した。回収数は、184人（回収率42.7%）で有効回答数は、180人（有効回答率41.9%）であった。〔結果〕グリーフケアの知識・技術の習得、実施や必要性、職員支援の項目で性別、年代、資格において有意差がみられた。また、「不安や困難感」の自由記述では、「介護職自身」は4つのカテゴリー（専門職の認識、施設環境、介護職・多職種間の連携、葛藤）、「利用者と家族」は2つのカテゴリー（苦悩、最も必要な関わり）が導き出された。〔結論〕調査結果から①教育や施設環境の整備②職員間の共有と連携による不安・困難感の軽減③グリーフケア後の職員の心理的理解④看取りからグリーフケアに関する精神的サポートの必要性が明らかになった。

Abstract

Objective

This study aims to clarify and consider issues in the implementation of grief care by investigating its practice in community-based services and care workers' understanding of their roles.

Method

An open-ended question survey was conducted with 430 care workers from 32 community-based services. A total of 184 surveys were collected (recovery rate 42.7%), and the number of valid responses was 180 (effective response rate 41.9%).

Results

Significant differences were found in the answers to certain questions – regarding acquisition of grief care related knowledge and techniques, implementation and necessity of grief care, and support for staff – based on the gender, age and qualification level of the respondent. In a question addressing anxiety and difficulty, answers were split largely into two areas: caregivers' own worries, and their concern for patients and their

受付日 2018. 9. 12 / 受理日 2018. 12. 21

* 関西福祉科学大学 社会福祉学部 准教授

families. Caregivers' own worries were divided into four categories: their understanding of grief care, service environments, collaboration, and conflict. Caregivers' concern for patients and their families were divided into two categories: distress and how best to offer support.

Conclusion

The results of the survey revealed the necessity of: (1) improvement of education and service environments, (2) sharing and collaboration among staff to reduce anxiety and difficulty, (3) psychological understanding of staff after grief care, and (4) maintaining facilities for end-of-life and grief care.

● ● ○ **Key words** 地域密着型サービス Community-based services／不安と困難感 anxiety and difficulty／看取りケア end-of-life care／精神的サポート emotional support

I はじめに

高齢者人口は、2025年に3,500万人、団塊の世代が75歳以上になる後期高齢者人口は2,200万人以上と推計され、今後「後期高齢者2000万人社会」¹⁾へ進むことで、高齢者医療や介護サービスの需要がさらに求められる時代に移行しつつある。医療と介護双方のニーズを合わせ持つ高齢者支援は、生活の継続性と健康状態の維持を重視しながら住みやすい生活の場を整えていくことが必要となる。

高齢者人口のピークは、2040年の3856万人で、ピークの先には死亡数の急増をもたらす。今後、死亡数の推移は2025年まで5年間ごとに約10万人ずつ増加し、2040年代には166万人を超えると推計され、団塊世代のもたらす死亡数増加による「多死社会」²⁾を迎え、人生の最終段階に向けた医療・福祉サービスのニーズがさらに高まると予測される。

2006年介護保険制度改正に伴い「地域密着型サービス」を新たに類型化した。在宅介護を強化するため24時間365日の支援基盤を方針に導入されたサービスである。可能な限り住み慣れた地域で生活ができることや看取りの環境を含めた人生の最終段階においても地域に特化した柔軟なサービスの提供が可能となる。特に、利用者の多様なニーズに対し切れ目のない継続的支援も地域密着型の特色といえる³⁾。

また、サービスへの今後の期待が高まる中で、自宅や介護施設等で実践される支援目的は、「できる限り本人・家族の意思を尊重した生活支援」でもあり、そ

のための工夫や介護職の質の向上もさらに求められている。継続的支援の実践は、地域との継続、社会との継続性を基盤に地域資源を活用した、「充実して生きることを支援する」という理念が重要視されることであり、地域密着型サービスの根幹とも考える。「多死社会」に向かう社会背景の変化から、国が推進している「自宅、地域で最期まで充実した暮らし」に対して看取りケアを含む利用者、家族の期待はさらに高まると考える。

2006年特別養護老人ホームにおける「看取り介護加算」などの新設以降、2009年認知症対応型共同生活介護において「看取り介護加算」も加わり、地域での生活支援として看取りケアが明確化し、地域密着型サービスの施設においても人生の最期まで生活するためのケアが重要視され、介護職のケア範囲の拡大や質がさらに注目されてきている⁴⁾。

II グリーフケアの意義

人は、発達段階の過程において多くの喪失体験をする。その喪失対象は、人やもの、環境や心身に関するものなど、喪失の影響から身体症状を含む感情、思考、行動面に現れる苦痛、自責感、食欲低下、睡眠障害、うつ傾向など多様で複雑な心身反応が表出するといわれている。愛する人を失った場合の限定に使われる言葉 (Parkes, CM)⁵⁾であり、悲しみや怒り、罪責感と自責、不安、孤独感、疲労感、無力感など個人の喪

失体験に関するもの (Worden, J. W)⁶⁾とも述べられ、単に身体的反応ではなく嘆き悲しむ行動 (freud, Sd)⁷⁾でもある。大切な人を失ったことにより生じる深い心の苦しみからくる悲嘆感情的反応⁸⁾をグリーフ (悲嘆) と表現する。死別後に誰もが経験する悲嘆反応は通常の過程であり、数ヶ月～2年以上の経過を要し、思慕の増大、錯覚、幻覚、感情の麻痺など多様な感情を体験する。また強い不安や喪失感、虚無感、激しい悲しみなど苦痛を伴う複雑な心身反応が継続した場合、閉鎖的生活に陥りやすくさらにうつ病的傾向が強くなると社会的・精神的な機能不全の長期化に至る可能性もある⁹⁾。

1. 社会環境とグリーフケア

これまで核家族化や生活スタイルの変化などから世帯構造は大きく変容してきた。1980年では三世代世帯の割合が最も多く全体の半数を占めていたが、2015年では夫婦のみの世帯が一番多く31.5%、単独世帯と合わせると57.8%である。65歳以上の同居率では、1980年69.0%、2015年39.0%と大幅に減少した。また、単独世帯又は夫婦のみでは、1980年28.1%、2015年56.9%に増加している¹⁰⁾。夫婦世帯が死別すれば単独世帯が増えることとなり、一人暮らしによる孤立や悲嘆を含む心身の影響、特に社会参加や人的環境など家族を支える環境システムが求められる。世帯構造の変化から悲嘆感情反応の表出に対して心身の回復の経過を見守る必要性が増すことで、生活障害や社会的孤立の回避を支援し、自己決定による自立生活を継続するための環境整備がさらに必要となる。社会生活が自身で送れるよう今後グリーフケアの認識が重要となってくる。

2. 死の捉え方とグリーフケアの必要性

わが国では、死を身近に感じない社会環境として生前より死を語ることがタブーの文化でもあり、家族間で語る機会も少ない。死は病院や施設で迎えるとの認識が高く、誰もが死を看取ってきた環境から、病院・施設で専門職が看取る時代に変化してきた。現在人が死んでいく過程を体験しにくい環境であり、看取することで死の教育を自然に獲得できた時代から、死と向き合う機会が失われていった。死から遠ざかったことで、「死を直視できず、死は怖い、受け止め難い」と

の認識も高く、命を実感する場が減少したことで、身近なものではなく特別なものという捉え方に変化した。

特に人間関係の希薄化や仮想現実のゲームの影響もあり現実感覚が麻痺している環境も命に対する感受性が脆弱化している。この傾向から死別後に家族は戸惑いや強い悲嘆を感じ自己の生活に困難性を生じ、悲嘆うつ、病的悲嘆や複雑性悲嘆に移行する場合もある。複雑性悲嘆の有病率は、遺族全体の0.7～2.4%とされ¹¹⁾、死別後1年程度で病気により亡くした遺族は2.5%と報告されている。先行研究では対象や診断時期、評価方法、死の状況により有病率は大きく変動する¹²⁾。さらに、柔軟な対処能力 (レジリエンス) や生活歴、社会環境、価値観から適応 (回復) 状況には大きな個人差がある。悲嘆感情を解放し死別に伴う苦痛や環境変化を受け入れ新たな社会生活を再構築する過程の作業をグリーフワークといい、人生観や価値観の大きな変化¹³⁾から家族機能や生活再建に向けて寄り添い側で支援することがグリーフケアである。

特にグリーフは、死別後にのみ表出するだけではなく、生前に喪失を予期して悲嘆や苦痛を感じる予期悲嘆がある。これは、感情、思考の麻痺、悲しみ、怒り、罪悪感などが見られ死別が現実になくなるという家族の心のゆらぎへの認知的対応が必要とされる時期である¹⁴⁾。看取り期の関わり、予期悲嘆の対応が死別後のグリーフに大きく影響を与えるといわれ、家族への支援には生前からの悲嘆にも注目する必要がある、継続されたグリーフケアの重要性が再認識される。

3. 地域密着型サービスにおける 介護職の必要なグリーフケア

地域密着型サービスでは、地域性、慣習、ニーズも多様であり、利用者の状態変化に応じた柔軟で即応性のある継続的、包括的な支援の提供が求められる。また、多機能型、複合的サービスの組み合わせにより日常生活での多様な支援展開が可能な環境である。今後生活の場での看取りが増えることは、死別後の悲嘆や心身の変化を体験する機会が増える可能性がある。死別後の家族が、精神的苦痛や病気の発症から孤立や引きこもりなどを回避でき地域社会との繋がりが維持できるよう、喪失体験を消化しながら故人との分離¹⁵⁾とともに自己の生活を取り戻し住み慣れた環境で健全な

生活が取り戻せるよう支援が最優先となる。

この生活支援には介護職が最も中心的な役割であり、専門家として悲嘆感情が心身に与える変化を判断し悲嘆作業とともに自立した生活が送れるよう段階的に支援することである。悲嘆状況の把握、悲嘆感情の開放が可能か、生活障害の要因や有無の理解、回復のための栄養、睡眠等生理的欲求の充足を始め、自立生活再建のためのアセスメントを行い適応可能な新たな生活スタイルを構築する支援者¹⁶⁾として最も重要な関りが求められる。

Ⅲ 研究目的

先行研究では、CiNii（国立情報学研究所論文情報ナビゲータ検索）の論文検索で「グリーフケア」は、現在 630 編あり、77.5% が医療分野の緩和ケアや小児・母性領域で、宗教関連 5.4%、スピリチュアル、災害他 9.7%、葬儀社関連 4.6% である。福祉分野では、ソーシャルワーク関連 1.4%、介護福祉施設、介護教育等 1.1%、地域に関連するグループホーム等は 0.3%¹⁷⁾であり、地域に限定した職員の認識に関する研究は現在未知数の分野といえる。

グリーフケアは、悲嘆に関する感情的反応への理解と経時的変化に対応する支援能力が求められる。今後そのニーズが高まっていく中、研究分野においても地域に特化したケアの根拠が未だ明確化されていない現状も明らかである。国の方向性が明示され人生の最終段階からグリーフケアまで一連の継続的ケアへの必要性は強調されても介護職の具体的教育内容に関しては現場一任の状態である。1987 年社会福祉士及び介護福祉士法制定後、2009 年介護福祉士養成課程のカリキュラムが改正され、新設科目「終末期介護」として看取りケア、グリーフケアが初めて導入されたが、教授内容、時間数も十分とはいえない。

生活支援の中で最も尊厳を重んじられる看取りケアは、介護職員間の認識にも大きな差異が見られ統一した支援は示されていない。特に、死別後の家族支援であるグリーフケアに関しては、さらに消極的で、いまだ認知すらしていない職員もあり、具体的支援や根拠の明確化はさらに皆無といえる。

本研究は、地域密着型サービスにおける看取りケア

と主にグリーフケアに関する介護職員のケアの実態を把握することで、頻度や経験の有無、性別、年代にも注目し、ケアの実践における心理的側面や経験値の影響など職員の認識の現状から見える課題、さらにニーズに応える支援の役割の必要性を明らかにするための基礎研究とした。

Ⅳ 研究方法

1. 調査対象

WAM-NET に登録されている A 県の地域密着型サービス事業所である 32 法人を無作為に抽出し、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護等を対象に介護職員に認識調査を実施した。

2. 調査方法

調査対象に無記名自記式質問紙法により「グリーフケア実施の認識」に関する質問を研究目的、説明文を同封し、調査協力に了承を得た 32 施設に所属する介護職員へ郵送調査により依頼した。調査期間は、2015 年 6～7 月、調査協力に了承を得た介護職員へ配布し、配布総数は、430 部、回収数は 184 部（回収率 42.7%）、分析に有効と判断した回答数は 180 部（有効回答率 41.9%）である。なお欠損値 4 を除外とした。

3. 調査項目

調査項目は、性別、年代、職歴など属性と看取りケア、グリーフケア（以下、「GC」と表記）の実施に関する認識、介護職が経験したケアに関する認識と自由記述の「GC 実施後に不安や困難を感じたこと」に関しては、「介護職員自身に関すること」、「利用者・家族に関すること」の 2 つの項目に分けた。回答の選択肢法は 5 件法（1：できている 2：ややできている 3：どちらともいえない 4：ややできていない 5：できていない）とした。

4. 分析方法

有効回答数 180 を分析対象とし、属性と GC に関する認識について、単純集計を行った。分析には統計ソフト（SPSS.Version.24.0 for window）を用い、自分

の看取り体験と GC に関する認識とのクロス集計、 χ^2 検定と性別、年代、資格による平均値の比較には t 検定を用いた。データの有意水準は 5% とし、信頼区間は 95%、欠損値は分析ごとに除外した。また自由記述は、「介護職員自身と利用者・家族」の 2 区分で「不安・困難感」についてカテゴリー化し整理した。

5. 倫理的配慮

研究の趣旨を説明の上、回答内容は研究以外の目的では使用しないこと、個人、団体が特定されないこと、匿名性を守ることに配慮し、アンケート回答は自由意志による協力であり、無記名の回答方式であることを文書で明記した。アンケート用紙と個人情報保護の厳守に関する説明文を添え、質問紙の返送をもって同意と見なすことも文書に加えた。また、回答資料は鍵付きの棚に厳重に保管し情報管理の確実性を明示した。

V 結 果

1. 属性

対象者の基本属性を表 1 に示した。性別は、「男性 24.4%」、「女性 75.6%」であり、年齢は、30、40 代が最も多く、平均値 42.64 歳 (SD ; 13.483) であった。職歴年数は 4 区分とし、「5 年未満 48.3%」が多く、平均値 7.094 年 (SD ; 6.148) であり、資格取得種類では、「介護福祉士 48.3%」、「ヘルパー 36.7%」、「無資格 9.4%」と続く。職場種別では、「認知症対応型共同生活介護 51.7%」、「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 29.4%」、「小規模多機能型居宅介護 18.9%」であった。

2. 看取りケアと GC に関する認識と経験

(1) 経験と回数は表 2 に示した「親族の死別経験」が有る 83.3%」でそのうち、「看取りを実際に経験したことが有る 31.1%」は 3 割減である。また、職場で看取りケアを「経験した 72.8%」、経験回数は「5 回未満 64.9%」と経験値が多いとはいえない。さらに GC では、「経験した 12.2%」、回数は「5 回未満 8.9%」、「10 回以上 1.1%」と経験無しが 9 割近くある。GC と看取りケアの経験回数を図 1 で示し、回数の差異は顕

表 1 属性

n=180

	度数 (%)
性別	
男性	44 (24.4)
女性	136 (75.6)
年代 SD 42.64 ± 13.483	
10～19 歳	1 (0.6)
20～29	32 (17.8)
30～39	44 (24.4)
40～49	45 (25.0)
50～59	37 (20.6)
60～69	21 (11.6)
職歴区分 SD 7.094 ± 6.148	
5 年未満	87 (48.3)
5 年以上	50 (27.8)
10 年以上	33 (17.8)
20 年以上	10 (6.1)
雇用形態	
常勤 (正規雇用)	126 (68.5)
非常勤 (パート)	54 (31.5)
資格取得種類	
介護福祉士	87 (48.3)
社会福祉士	2 (1.1)
介護支援専門員	5 (2.8)
ヘルパー	66 (36.7)
無資格	17 (9.4)
その他	3 (1.7)
役職	
役職有	38 (21.1)
役職無	142 (78.9)
職場種別	
認知症対応型共同生活介護 (GH)	93 (51.7)
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	53 (29.4)
小規模多機能型居宅介護	34 (18.9)

表 2 経験と回数

度数 (%)

親族死別経験	
有	150 (83.3)
無	30 (16.7)
親族の看取り経験	
有	56 (31.1)
無	124 (68.9)
看取りケア経験	
経験した	131 (72.8)
経験なし	51 (27.2)
看取りケアの経験回数	
5 回未満	85 (64.9)
10 回未満	12 (9.2)
10 回以上	34 (25.9)
グリーフケア経験	
経験した	22 (12.2)
経験なし	158 (87.8)
グリーフケア経験回数	
5 回未満	16 (8.9)
10 回未満	4 (2.2)
10 回以上	2 (1.1)
自分の看取り経験の活用	
経験が活かされた	19 (17.6)
どちらともいえない	51 (47.2)
活かされなかった	38 (35.2)

著であり有意差 ($P<0.001$) がみられた。

(2) 介護職が看取り期から死別後まで経験したケア件数を図2に示した。「身体の清潔、口腔、排泄ケア 252件」、「精神的ケア (生前利用者と家族) 99件」、

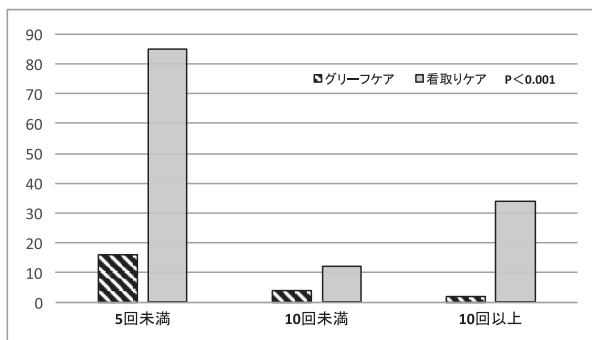


図1 グリーフケアと看取りケアの経験回数

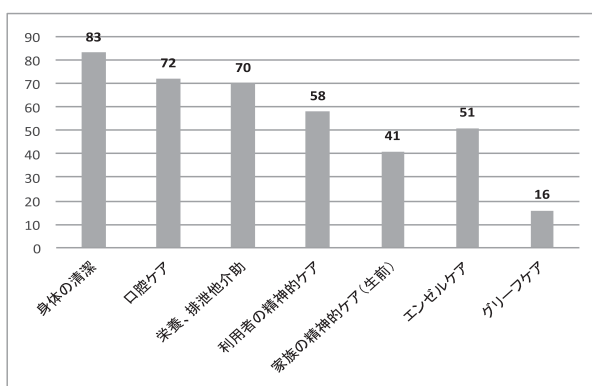


図2 看取り期～死別後：介護職が経験したケア件数

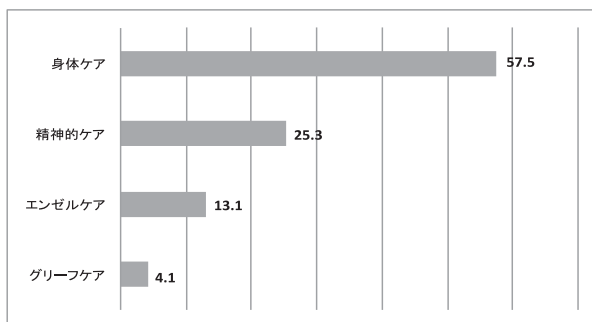


図3 介護職のケア別体験率 (%)

「エンゼルケア 51件」であり、「GC 16件」は最も少ない結果で、ケア別経験率 (生前、死別後含む) は図3で示し、「身体ケア 57.5%」、「精神的ケア 25.3%」、「エンゼルケア 13.1%」であり、「GC 4.1%」は1割未満であった。GC の経験率、経験値の低さが顕著であった。

3. GC と看取りケアとの 単純・クロス集計、属性との2群間比較

(1) GC に関する6項目において、「できている (ある/する)」、「ややできている (ややある/ややする)」の肯定的認識の単純集計と看取りケアとのクロス集計を表3に示した。GC の認識は各項目とも2～3割程度であり、知識・技術習得ができているの認識は1割程度で最も低い。また、「知識・技術の習得ができている 11.4% ($P<0.001$)」、「ケアを実施する 23.9% ($P<0.001$)」、「ケアの理解はある 38.1% ($P<0.05$)」であり、「ケアの必要性がある 47.8% ($P<0.001$)」は最も高い認識であった。「GC 実施後の職員の支援が必要である 34.1% ($P<0.01$)」、「今後も GC を積極的に実施したい 34.8% ($P<0.001$)」では3割の認識であり、6項目に有意差がみられた。

(2) 属性では、性別と年代の平均値 40 歳代を基準設定とし「未満、以上の2区分」で示し、介護福祉士資格の有無の3項目と GC の2群間比較を表4に示した。性別では、「GC に対する職員の抵抗や不安がある ($P<0.01$)」、「GC 実施後の職員の支援の必要性がある ($P<0.001$)」、「今後も GC を積極的に実施する ($P<0.01$)」において有意差がみられ、年代区分では、「GC の必要性がある ($P<0.01$)」と「GC 実施後の職員の支援の必要性がある ($P<0.01$)」、「今後も GC を積極的に実施する ($P<0.001$)」の項目と、資格の有無

表3 看取りケアとグリーフケアとの関連

	項目	できている (ある/する)	ややできている (ややある/ややする)	どちらとも いえない	ややできていない (ややない/しない)	できていない (ない/しない)	無回答	p
1	グリーフケアの理解	20 (10.9)	50 (27.2)	19 (10.3)	21 (11.4)	50 (27.2)	20 (10.9)	*
2	グリーフケアの知識・技術習得	3 (1.6)	18 (9.8)	35 (19.0)	29 (15.8)	36 (19.6)	59 (32.1)	***
3	グリーフケアの実施	27 (14.7)	17 (9.2)	43 (23.4)	16 (8.7)	46 (25.0)	31 (16.8)	***
4	グリーフケアに対する抵抗や不安	20 (13.5)	25 (16.8)	53 (35.6)	24 (16.1)	4 (2.7)	23 (15.4)	ns
5	グリーフケアの必要性	51 (27.7)	37 (20.1)	34 (18.5)	4 (2.2)	2 (1.1)	52 (28.3)	***
6	グリーフケアの職員支援の必要性	24 (17.4)	23 (16.7)	17 (12.3)	2 (1.4)	1 (0.7)	71 (51.4)	**
7	グリーフケアの今後積極的な実施	36 (19.6)	28 (15.2)	63 (34.2)	12 (6.5)	3 (1.6)	38 (20.7)	***

***: $P<0.001$ **: $P<0.01$ *: $P<0.05$

表 4 属性とグリーフケアとの関連

項目	性別(n)	平均値	SD	P	年代(n)	平均値	SD	P	資格(n)	平均値	SD	P
グリーフケアの理解	男 40 女 120	3.28 3.17	1.52 1.46	ns	<4070 ≥4082	3.27 3.16	1.50 1.44	ns	有 80 無 80	3.03 3.36	1.45 1.49	ns
グリーフケアの知識・技術習得	男 36 女 85	3.36 3.75	1.25 1.07	ns	<4060 ≥4056	3.52 3.79	1.23 1.06	ns	有 58 無 63	3.69 3.59	1.14 1.13	*
グリーフケアの実施	男 40 女 109	3.23 3.26	1.48 1.46	ns	<4065 ≥4076	3.05 3.34	1.45 1.44	ns	有 73 無 76	3.22 3.28	1.47 1.47	***
グリーフケアに対する抵抗や不安	男 40 女 109	12.25 19.34	28.9 36.3	**	<4065 ≥4076	18.82 17.84	36.03 34.95	ns	有 73 無 76	18.37 16.54	35.58 33.75	ns
グリーフケアの必要性	男 34 女 94	1.94 1.99	1.04 .945	ns	<4057 ≥4064	1.88 2.03	.908 .959	**	有 62 無 66	1.87 2.08	.859 1.06	ns
グリーフケアの職員支援の必要性	男 37 女 101	46.45 53.35	48.56 48.11	***	<4062 ≥4069	51.52 50.72	48.45 48.32	**	有 66 無 72	42.71 59.35	47.82 47.40	*
グリーフケアの今後積極的な実施	男 36 女 110	1.89 2.35	.919 1.10	**	<4065 ≥4075	1.89 2.45	.937 1.09	***	有 76 無 70	2.14 2.33	1.10 1.05	ns

***: $P<0.001$ **: $P<0.01$ *: $P<0.05$

表 5 グリーフケア実施後に不安や困難と感じた自由回答

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
介護職員自身の不安・困難感 (30)	専門職の認識 (10)	知識・技術が習得できていない、経験の有無に差があり研修会を開催したい、常勤、非常勤ともに対応できるよう学習機会がほしい、ケア姿勢への共有意識がない、意識について専門家の講義を希望、突発時のケア決定の判断が難しい、悲しみと向き合うケアは遺族各々に支援基準が違うため関わりに迷う、遺族の心の変化・プロセスの理解ができていない、カンファレンスの実施やマニュアル作成が必要、最期まで尊厳を持てる姿勢でありたい
	施設環境 (4)	施設の方針でない、看取り時期から施設の環境が整っていない、環整備境を含む実践を交えた実例が知りたい、死生観・生きる・死ぬことなど看取る家族の思いに寄り添うために、特別な部屋など設備的に配置できていない
	介護職・多職種間の連携 (6)	病院側が関心がなく非協力的、連絡してもスムーズな医療の対応がされず利用者・家族を待たせる、民生委員に依頼したが連絡取れない、生前より行政と相談が必要、全職員が同じ行動が取れずバラバラの対応、職員間で相談しにくい
	介護職員の葛藤 (10)	スタッフが落ち着くこと、パニックになっていたら何も出来ない、冷静に対応ができる方法が難しい、関わりに自信がない、遺族の援助は難しい、職員自身へのグリーフケアが必要、したいことができていない、家族の思い残しがないような対応ができていない、遺族を支えるグリーフケアまでは現状施設では無理、不安なまま実践
利用者・家族への不安・困難感 (21)	支援者の苦悩 (11)	亡くなられてスタッフ間で話し合うが全員に後悔がある、常に最悪の事態を頭に入れながら行動することが難しい、心が痛む、家族からの感謝の言葉を受けることでケアができたと感じるがそれで良いのか、ストレスの負担軽減、私どもから出向いて関わるのが良いか不安、施設介護でのケアは難しい、一介護職員がそこまで踏み込めない、家族からの感謝の言葉で慰められる、職員が動揺すれば家族、利用者にも不安が伝わる、相手の立場に身をおき気持ちを理解するための共有手段がわかりにくい
	最も必要な関わり (10)	家族との関係、信頼がどれだけ施設スタッフににあるか、サポートには知識や技術も必要だが、習得できていない分家族との信頼関係を留意する、その人らしく思い残しのないような関わり方、後悔ができるだけ少ないよう理解を得て話をする、家族・親族が最期の2日間同室で過ごし、終末期の1ヶ月を暖かく過ごせ満足を得た体験を活かす、独居、親族のいない方への不安の軽減、心身の本人の苦痛を和らげる、悲しみや辛さなど感情を表出する支援、心のうちから表出できていること、日頃からの頻繁な連絡や関係性の大切さを心得て実施する

では、「GC の知識・技術の習得ができている ($P<.05$)」、「GC 実施後の職員の支援の必要性がある ($P<.05$)」、「GC を実施する ($P<.001$)」で有意差がみられ、「職員の支援の必要性がある」は3項目共通の認識であった。性別、年代、資格取得において特徴的な差異が認識された。

4. GC 実施後に不安や困難と感じた自由記述

自由記述で得られた「不安や困難と感じた」回答を介護職員と利用者・家族の2つの構成要素に焦点化し

た。コードの類似性と差異性を比較検討の上、分類、整理してサブカテゴリー化した。整理したカテゴリーやコード間を比較し、分類の適切性を確認することで妥当性に留意し表5に示した。

【介護職員自身の不安・困難感】のサブカテゴリーとして【専門職の認識、施設環境、介護職・多職種間連携、介護職員の葛藤】の4区分とし、【利用者・家族への不安・困難感】は、【支援者の苦悩、最も必要な関わり】の2区分に分類された。【介護職員自身の不安・困難感】の【専門職の認識】では、知識・技術

の習得が不十分なため研修など学習環境やマニュアル整備を必要とし、ケアに対する不安や自信のない状況から GC への困惑が強い。【施設環境】では、施設の方針や設備など受け入れ態勢や施設環境への不備を感じている。【介護職・多職種間連携】は、地域特性の要因もあり職員・多職種間の情報共有の手段や調整がしにくく、連携の困難性も示し必要性は感じていても共有に繋がらないジレンマや不安もある。【介護職員の葛藤】は、冷静に対応できない自身への困惑や否定的思考も見られケアへの葛藤があり、何より介護者自身の GC が必要と求めている。

【利用者・家族への不安・困難感】の【支援者の苦悩】では、ケア後に後悔がみられ、特に家族に対する関り方に困惑があり、支援後に家族からのケア評価を受けずさらに戸惑いや動揺も見られる。【最も必要な関わり】では、家族との信頼関係構築の重要性や不安、負担の軽減の必要性を感じ、悲しみや・辛さなどの感情表出の積極的な関りや苦痛軽減のためのケアの重要度を感じている。

IV 考 察

1. 地域密着型サービスでの GC の認識

地域密着型の特性でもある住み慣れた地域で家庭的な生活の場を提供し、最期まで利用者・家族中心の暮らしが継続できるよう地域に根ざした包括的な生活支援が目的である。特に最も尊厳を重んじる看取りケア、GC である死別後の家族支援は特別ではなく、あくまでも生活支援であるという認識が必要で介護職の専門的な役割と考える。調査の結果、GC の経験は 1 割未満、回数も 5 回未満であり、GC の必要性は 5 割で、理解について 4 割程度の認識はあってもケアへの不安が強い状況から、知識・技術を基盤とした支援への達成度は低く、利用者・家族が安心した暮らしのケアには至っていないとも推察できる。自身の看取り経験が実際の職場で活かした認識は 2 割未満であり経験はケアに反映されているとはいえない。体験だけではなく経験回数や取り組む姿勢から経験値に繋げることは自信に繋がり経験値から得る意義は高いと考える。具体的な経験から、自己を客観視することでその蓄積を成長の糧とすることが教育ともいえる¹⁸⁾。専門職と

して経験を積むことで修得できる技能は必要であるが、グリーフにおける身体的心理的変化、喪失から起こる環境状況や個々の観察視点を詳細に理解し、経験を基に根拠ある理論や知見によってケアは導かれる必要がある¹⁹⁾。

また、ケア別経験率でも GC は 4.1% と最も低く、一連の支援プロセスの中で介護職が積極的に死別後の家族支援まで関わっているとは言い難い結果も見られる。

属性では性別、年代、資格により各々 3 項目において有意差がみられ、特に「職員支援の必要性」は共通項目であり、GC を実施する上では最も重要視すべき認識ともいえ、今後の対策が急がれる。性別では、必要性は理解していても実施において不安や抵抗があり職員へのサポートを求めている。性差は脳の構造やホルモン分泌、感覚に関する身体機能、社会的背景、文化的習慣の経緯²⁰⁾など多様な考え方の差異に関連するため注目すべきである。女性は、自己コントロール感の不足や、利用できる対処行動が少ないことから、出来事を男性より、ストレスと感じより強いレベルの苦痛を訴える傾向にあり、女性のほうが喪失に対してより情緒的に苦痛を表現する傾向があるといわれ、感情のコントロールにおいては、男性は感情を抑制する方略をとるため、女性より情緒表出が少ない²¹⁾ともいわれている。職員の心理的支援は性差を理解して感情の開放や表出の手段を考慮することでケアへの不安軽減に努めることが必要である。

年代別では、30～40 代で職歴 5 年未満が最も多い。この成人期は、青年期のアイデンティティの確立をもとに他者との親しい関係を構築していく親密性を獲得し²²⁾、相手との関係性から仕事や家庭での相互同一性を融合させ、共有する²³⁾ことが必要で、「意義ある犠牲や妥協を要求することもある具体的な提携関係に自分を投入する能力」が求められ、さらにアイデンティティをもう一度問い直す時期でもある²⁴⁾。ケアにおいて社会的経験はあるが新しい分野である GC 経験値は低い。また、必ずしも GC に対して積極的ではない認識もみられ²⁵⁾最も多い 40 代の発達段階の課題を基に中心的存在として経験値を積み、実例から職員間の認知共有により相互関係の再構築を行う。さらに若年層への教育や相互評価を客観的に実践することで積極的姿勢が形成し習慣化されるよう課題の明確化が求

められる。

資格種類では、介護福祉士が5割弱であり、知識・技術を含めた認識の差異があり介護職のケアの統一は難しい状況にある。また、ケアに不安や抵抗がみられ、専門職として自信のあるGCには繋がっていないと理解できる。GCは、生前から始まっており看取り期の適切なケアが死別後の家族の悲嘆に大きく影響する。GCという特定場面に限定された知識や技術を提供する専門職としては、各職員の死生観や看取りのあり方、自身の姿勢がケアの質を決める重要な要素となるため²⁶⁾、介護福祉士がリーダーとなり中心的存在として介護職の理解を深め不安を軽減できるよう、統一したケアを目指す指導的立場の役割でもある。調査結果からケア内容も葬儀の参列や死別後数回の電話対応といった、本来介護職が担うべき生活再建のための支援には結びついていない現状もみられ、グリーフとは、ケアとは何かなど概念の認知も様々で、明確なケアへの理解には繋がっていないと推察できる。今後の調査ではさらに明確な定義やケア内容を具体的に表出し共有認識の上で調査項目も考慮すべきと考える。終末期の医療ニーズは減少し、看取り期から死別後の家族支援は始まっており福祉職が大きな役割を担うと考えられる。死を受容する段階からGCであり、家族の悲嘆状態に注目し地域での暮らしを積極的に支援し安定した継続的支援を可能にしなければならない。そのためには、悲嘆の概念、悲嘆感情の把握、病的悲嘆の有無、生活障害の要因をアセスメントし、回復と適応可能なケアプランの実践が期待される。さらに認知の向上と教育の必要性を強く認識した。

望ましい看取りを行うことがGCへの良い効果や継続的支援にも繋がるため²⁷⁾介護職の教育体制の更なる充実や積極的な関与²⁸⁾が求められる。

2. GCにおける不安・困難感から見える課題

介護職自身の不安・困難感における専門職の認識として尊厳と精神的配慮を重要視すべき知識・技術の熟練は最優先の課題といえる。しかし経験値が少ない職員間での共有認識は低く、相互理解のためにもカンファレンスの実施や傾聴、感情表出のグループワークなどの体験の熟練を重ねる必要がある。専門職として成果を得ることは、やりがいや役割、責任を果たすことに繋がる重要なことであり、成果を感じる機会、事例

の積み重ねや実体験から看取りケア、GCの意味を見出すことが必要である²⁹⁾。

また施設環境では、管理者の考えの影響も大きく、職員が戸惑う要因に施設の方針が明確化されていない、受け入れる部屋や環境の不備などもみられ施設管理者にも重要な責任の一端が課題として理解できた。特に緊急時、突発時の判断には医療職との連絡調整が不可欠であるが、即時対応しにくい地域特性の困難性もみえ、日々の多職種間や行政などとの連携にはまだまだ困難感が高い。医療との連携がスムーズでなければ介護職の主体的行動は消極的になりがちで、自信のない中でのケアの継続はさらに不安感を助長してしまう。GCの経験値が低く介護職自身の感情が整理できない状況は、家族と同様の心理状況になりやすく、死別後も後悔や自責、不安による強い感情が継続しやすい。

職員間で相談しにくい環境は、自身の死生観や悲嘆、喪失による思いをフィードバックし相互に共有しあうことで不安、困難感の軽減に繋がり、ケアの方向性を模索できると考える。不安を抑制せず感情表出をすることでGCに向けた支援も自信をもって実施できるようになる。また、介護職自身が動揺し冷静に対応しにくい心の葛藤は、死別体験により起こる悲嘆をマイナスに捉えるのではなく人間的成長の契機として意味づける³⁰⁾。また、語り合う場や職員間で客観的評価を行い、次のケアに活かすという目標値がチームのモチベーションを高める³¹⁾といえる。特に、GC実施後の職員への精神的サポートが重要視され、利用者の死別後、悲嘆は家族だけでなく職員にも起こる³²⁾ことや死の前後のプロセスにおいて不安や恐怖心、ケアに対する不安全感などを感じ、個々の感情のままに共有認識が不十分なことも大きな要因と考える。根拠に基づく知識と心身変化に応じた段階的ケアの習得が必要であるが現状は十分な教育環境は提供されているとはいえない。介護職員は看取りケアを通して、無力感や不安全感³³⁾といった心理的負担を経験しており、この負担は、バーンアウトやケアの質の低下に繋がる可能性もある。ネガティブな感情傾向を減少させることが自己効力感の向上には必要といえる³⁴⁾。久保田らは、「否定的情動を軽減する方法の検討、過去の看取りケアに対する主観的経験量の多さが、次へのケアに対する自己効力感に関連する。」³⁵⁾と強調している。感情的思考を継続していると悲嘆に繋がる感情は強くなる。実際

のケアの内容を論理的に解釈することで行動面の振り返りが可能となり、ケア行動のシュミレーションにより感情に揺らぐことなく冷静な行動に繋がっていく。

「利用者・家族への不安・困難感」では、実施後に後悔の気持ちが強く、家族の感謝の言葉で救われているという感情に左右されており、根拠を踏まえ家族に向けた精神的ケアには繋がっていない。特に死別後の肯定的関わりが心理的变化を促し、その変化が精神的健康を促進するともいわれている³⁶⁾。専門職として家族に対し尊厳のある安定した個別支援を提供するためにも、介護職自身のセルフコントロールが必要である。価値観を共有することは肯定的経験にもなり、自己感情を管理できることで家族との信頼関係構築のための自身の感情に配慮ができるようになる³⁷⁾。

本研究により多様な側面から、研修のための教育環境の整備、介護職員のケアに対する不安、困難感軽減のための対策、多職種間、行政、民生委員など地域特有の連携、情報共有の強化、職員自身の悲嘆ケア、看取りケアを含む利用者・家族に配慮した環境の準備、ケア後の評価・振り返りなど多様な課題が見いだされた。特に、介護職の精神的サポートが最も必要であり、GC ケア後に介護職も悲嘆し、感情のセルフコントロールの困難感による不安の増強、バーンアウトにも影響する心理的負担、就業意欲の低下や看取りケアへの消極的姿勢、ケアの振り返りがされず職員間で共有、意見交換ができないことで、次のケアに繋がる根拠を明確にできないなど不安全感や後悔の思い、自身のケアに対する葛藤が見られる。この精神的課題の解決のために介護職に向けた専門的、教育的環境整備が必要であり、この解決こそが地域に根ざした GC に繋がると考える。

V 結 語

今後家族構成の変化により高齢夫婦世帯が増え死別すれば単独世帯となり、一人暮らしの寂しさ、孤立感、相談環境の不整備、悲嘆を分かち合う場所など物的・人的環境整備が重要度を増すと予測されるが現状の対策では整っていない。地域や自宅で人生の最終段階を迎えることは、存在感、充実感、故郷への愛着、人生を全うする生きてきた価値があり、安心して心豊か

な落ち着ける居場所により高い満足感が得られる。生前から GC ケアは始まっており、看取り期の適切なケアが死別後の家族の悲嘆に大きく影響する。

医療との連携や地域での介護力を向上するためには、家族を中心とした支える側の整備が不可欠であり、安心して自宅や地域で最期を迎えるためには課題が多く、困難性が高い。また、死別後に家族のグリーフがさらに悪化する状況も予測されるため、家族が看取りに満足感や達成感を感じられ、精神的安定の維持、生活再構築のためには、介護職の支援教育は重要であり、支援対策が地域単位で実践可能となる環境が強く求められる。

介護職は、生活の中で多様な喪失に直面する利用者・家族の最も近くで関わるができる職種であり、個別の適応に向けたきめ細やかで丁寧な生活支援のできる専門職である。また、医療職と連携しながら支援することが不可欠で今後社会に最も求められる役割といえる。現在、介護職自身の GC への認知が低く、経験値の少ない状況を理解し、多職種間連携のもと介護職が主体的に GC を実践していくことが望まれる。そのためには、不安・困難感の軽減に繋がる連携体制、GC 後の職員の精神的支援が充実することにより自己効力感が高められる。職員間で感情を言語化することで自己を客観視し、感情の整理や実践したケアの根拠を具体化することでケアの意義を見出すことが可能となる³⁸⁾。

人生の終焉に利用者の自己実現を可能にできる最も尊厳のある最期の支援であり、介護職の自己認知、自己成長に繋がる貴重な学びの場となる。介護職も悲嘆し、強い悲嘆はその対象への思いが強い証であり、それを素直に受け止め認知することで感情の解放と整理ができ自身のグリーフは軽減され適切なケアに繋がっていく。

終末の一連の生活行為として、看取り期から GC まで主体的に実施するためには医療職の協力のもと地域における積極的な GC が充実できるよう多角的支援体制、環境調整が急務である。今回の研究の限界として、地域密着型の市町村主体である各地域によりサービスや GC の認知の格差もあり、調査対象の地域限定と少人数であったため全般に適用可能かは更なる検討が必要で、今後も質・量ともに調査を継続していく必要があると考える。

【引用・参考文献】

- 1) 厚生労働省「2025年に向けた介護人材の確保～量と質の好循環の確立に向けて～」<http://www.jaccw.or.jp/pdf/yoboshoteigensho/20150303kenkai.pdf> (参照 2017-6-15)
- 2) 「日本の将来推計人口 (平成 24 年 1 月推計)」国立社会保障・人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html> (参照 2017-6-15)
- 3) 厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」、終末期医療に関する意識調査等検討会、2014 年、94 頁。
- 4) 内閣府「高齢者の健康に関する意識調査」一般社団法人中央調査社、2012 年、5 頁。
- 5) Parkes, CM、1972 年「三野善央・曾根維石訳：死別－遺された人たちを支えるために」11、メディカ出版、1993 年。
- 6) Worden, JW、1991 年「鳴澤實監訳：グリーフカウンセリンガー悲しみを癒すためのハンドブック」41、川島書店、1993 年。
- 7) Freud, Sd「井村恒郎、小此木啓吾他訳：悲哀とメランコリー」『フロイト著作集』第 6 巻、人文書院、1970 年、137-149 頁。
- 8) 飯田英晴「グリーフケアガイドブック」『京都グリーフケア協会』2014 年。
- 9) J・W・ウォーデン (著)、山本力、上地雄一郎、桑原晴子、濱崎碧 (訳)「悲嘆カウンセリング」誠信書房、2012 年、16-34 頁。
- 10) 厚生省「厚生行政基礎調査 (1985 年以前)」、厚生労働省「国民生活基礎調査 (1986 年以降)」www.mhlw.go.jp/toukei/list/20-21tyousa.html (参照 2018-9-8)
- 11) 田中英三郎、亀岡智美、加藤寛「日本における複雑性悲嘆の現状分析に関する研究」『心のケア短期研究』2016 年、25-36 頁。
- 12) 坂口幸弘、宮下光令、森田達也、恒藤暁、志真康夫「ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆、抑うつ、希死念慮」『Palliat Care Res』2013 年、203-210 頁。
- 13) 高木慶子「グリーフケア入門 悲嘆のさなかにある人々を支える」勁草書房、2013 年、3-4 頁。
- 14) 前掲書 9)、216-221 頁。
- 15) 坂口幸弘「悲嘆学入門－死別の悲しみを学ぶ」昭和堂、2015 年、87 頁。
- 16) 前掲書 15)、119 頁。
- 17) 松本栄二「グループホームにおけるターミナルケアを考える (最終回) 家族支援とグリーフケアの工夫」『認知症ケア最前線』43、2014 年、121-124 頁。
- 18) 文部科学省「地域と大学をつなぐ経験値教育プログラム」地 (知) の拠点整備事業、地域連携推進機構園田学園女子大学、2017 年、3 頁。
- 19) 前掲書 15)、167 頁。
- 20) 松田哲「コミュニケーションにおける性差についての考察－車のエンジンがかからないのを事例に－」『流通経済大学スポーツ健康科学部紀要紀要』Vol.8 2015 年、49-54 頁。
- 21) 中島聡美「女性における複雑性悲嘆：愛着と養育の視点から」、『武蔵野大学人間科学研究所年報』第 5 号、2016 年、29-39 頁。
- 22) 細野正美、馬場禮子、永井徹編「成人期－家庭人として」培風館、『ライフサイクルの心理学』1997 年、155-71 頁。
- 23) 村瀬孝雄、近藤邦夫訳「ライフサイクルその完結」みすず書房、1989 年。
- 24) 岡本祐子「成人期のアイデンティティの危機と発達、アイデンティティ生涯発達の射程」ミネルヴァ書房、2002 年、58-78 頁。
- 25) 原祥子、小野光美、大畑政子、岩郷しのぶ、沼本教子「介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ」『日本看護研究学会雑誌』33(1)、2010 年、141-149 頁。
- 26) 後藤真澄、三上章允、間瀬敬子、塚本利幸「高齢者終末期ケアに携わる関係職種の死生観と看取り観について」『厚生の指標』61(15)、2014 年、28-34 頁。
- 27) 広瀬寛子「悲嘆とグリーフケア」医学書院、2011 年、44-45 頁。
- 28) 小野若菜子「家族介護者に対して訪問看護師が行うグリーフケアとアウトカムの構成概念の検討」『日本看護学会誌』31(1)、2011 年、25-35 頁。
- 29) 小野光美、原祥子「介護老人保健施設における看取りケアに携わる介護職者の体験」『島根大学医学部紀要』34、2011 年、7-16 頁。
- 30) 前掲書 25)、17 頁。
- 31) 大村光代「特別養護老人ホームにおける看取りの看護実践能力の因子構造と関連要因」『日本看護研究学会雑誌』38(2) 2009 年、1-12 頁。
- 32) 前掲書 15)、121-123 頁。
- 33) 前掲書 28)、13 頁。
- 34) Bandura (1995) 本明寛、野口京子訳「激動社会の中の自己効力」金子書房、1997 年。
- 35) 久保田彩、佐藤真一「高齢者施設介護職員の看取りケア効力感の測定とその関連要因」『心理学研究』87(5) 2016 年、485-494 頁。
- 36) 福岡欣治、安藤清志、松井豊「死別体験後のソーシャル・サポートと心理的適応に関する予備的検討」『静岡文化芸術大学研究紀要』4、2003 年、55-60 頁。
- 37) 二木泉「認知症介護は困難か－介護職員の行う感情労働に焦点をあてて－」『社会科学ジャーナル』69、2010 年、89-118 頁。
- 38) 小野幸子「特別養護老人ホームでの“死の看取り”の実際と看護の役割」『コミュニティケア』9(14) 2007 年、12-17 頁。